様式第26号（第19条関係）

**介護保険負担限度額・特定負担限度額差額支給申請書**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| フリガナ |  | 被保険者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 被保険者氏名 |  |
| 個人番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 生年月日 | 明・大・昭　　年　　月　　日生 | 性　別 | 男　　　・　　　女 |
| 住　　　所 | 〒　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号 |
| 支払った負担限度額等 | 支払った期間 | 　　年　　月　　日から　　　　　年　　月　　日 |
| 支払った負担限度額 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　円 |
| 入　所（院）期　間 | 　年　　月　　日　から　　　　　　　年　　月　　日　まで |
| 介護保険施設の　所在地及び名称 | 〒　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号 |
| 既に負担限度額　認定証の交付を　受けている場合 | 交付年月日 | 　　年　　月　　日 |
| 適用年月日 | 　　年　　月　　日 |
| 負担限度額認定証の交付申請又は証を提出できなかった理由 |  |
| 久慈広域連合長　様上記のとおり関係書類を添えて食費・居住費（滞在費）に係る負担限度額等の差額の支給を申請します。　　年　　月　　日　　　　　　住所申請者　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号　　　　　　氏名　　　　　　　　　　　　　　　　㊞　 |
| 注意・この申請書の裏面に該当月分の領収証を添付してください。上記の給付費を下記の口座に振り込んで下さい。 |
| 口座振替依頼欄 | 　　　　銀　　行　　　　信用金庫　　　　信用組合 | 　　　　本　店　　　　支　店　　　　出張所 | 種　　目 | 口　　座　　番　　号 |
| １普通預金２当座預金３その他 |  |  |  |  |  |  |  |
| 金融機関コード | 店舗コード |
|  |  |  |  |  |  |  |
| フリガナ |  |
| 口座名義人 |  |

広域連合記入欄

|  |  |
| --- | --- |
| 領収証確認欄 | 備　　　　　　考 |
|  |  |
|